【お問合せ】

高知県民文化ホール　TEL 088-824-5321（9：00～17：00）

[お申込み期間中の休館日：　年末年始（12月29日～1月3日）]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| お申込者情報 | | | | |
| フリガナ |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
| フリガナ |  | | | |
| 住所 | 〒　　　- | | | |
| TEL | ( ) - | FAX | | ( ) - |
| Eメール |  | | | |
| 参加者情報（障がいがあれば障がい種別を、所属する学校や団体があればその名称をご記入ください） | | | | |
| フリガナ |  | 年齢 | | 障がい種別／所属（学校・団体名など） |
| 参加者  氏名① |  | 歳 | |  |
| フリガナ |  | 年齢 | | 障がい種別／所属（学校・団体名など） |
| 参加者  氏名② |  | 歳 | |  |
| フリガナ |  | 年齢 | | 障がい種別／所属（学校・団体名など） |
| 参加者  氏名③ |  | 歳 | |  |
| フリガナ |  | 年齢 | | 障がい種別／所属（学校・団体名など） |
| 参加者  氏名④ |  | 歳 | |  |
| ※以下はサポートを希望される方のみお答えください（該当する項目に○をつけてください） | | | | |
| （1）車いすでの来場　※スペースに限りがございます。  　ある（　　　名）　　　ない | | | （2）特記事項  ※特に配慮を要する事項があれば、具体的にご記入ください。  ※イヤーマフをご希望の方は、当日受付にてお申し出ください（先着5台）。 | |

この応募用紙にご記入いただいた個人情報は、個人情報保護関係法令を遵守し、本事業の目的以外には使用いたしません。